

年 月 日

三原市長様

申請者 住所
 （保護者）氏名 印
 電話番号

小児慢性特定疾患等治療通院交通費補助金支給申請書

小児慢性特定疾患等治療通院交通費補助金の支給について、三原市小児慢性特定疾患等治療に係る通院交通費補助金支給要綱第4条の規定により次のとおり申請をします。

なお、必要に応じて私の世帯の税情報等について調査することに同意します。

対象となる児童	氏 名			
	生 年 月 日	年	月	日生
	住 所			
保護者氏名				対象となる 児童との続柄
公費負担医療の種類		小児慢性特定疾患医療 ・ 特定疾患医療		
受診医療機関		所在地		
		名 称		
受診券又は受給者証の有効期間		年 月 日	～	年 月 日
支給申請期間		年 月分	～	年 月分
備 考				

注1 小児慢性特定疾患医療受診券又は特定疾患医療受給者証の写しを添付してください。

注2 変更の届出の場合は、備考欄に変更内容を記入してください。

※以下は記入しないでください。

補助金算定根拠				
<input type="checkbox"/> JR	区間	～	片道	円
<input type="checkbox"/> その他 ()		～	運賃	円
補助金額（通院1日当たり）			円	